

常務理事	事務長	調査	G L	担当

記入例

出産手当金請求書(その1)

三菱マテリアル健康保険組合

**被保険者の
注意事項**

3. 2. 1. 提出時にはその1-2を合せて提出願います。また請求書の紛失を避ける為その2にある保険証の記号・番号・氏名等は必ず記載願います。
 ②⑤の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑥の⑦欄は該当するほうに✓し、⑨欄多胎の場合は、かつこの欄に数を記入してください。
 なお⑧の⑦は、請求書を提出する現在までのことを「受けた」、「受けられない」、また将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 この請求書(申請書)に記載の個人情報、この給付金の支払業務に利用して利用します。
 この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号	資格喪失後の場合は、 在職中の記号・番号を 記入してください	② 被保険者 氏名と生年月日	健保 良子 S・H ○ 年 ○ 月 ○ 日	印
	③ 被保険者の 現住所	(郵便番号) ○○○ - ○○○○ 東京都～	(電話番号) ××-××××-××××		
	④ 事業所の名称	被保険者の勤務されている会社名(事業所名)を記入してください			
	⑤ 被保険者資格 を取得した年月日	S・H ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	⑥ ⑦ この請求は分娩前のものでしょうか、分娩後 のものですか	<input type="checkbox"/> 分娩前 <input checked="" type="checkbox"/> 分娩後		⑧ 分娩前のときは、分娩予定日 分娩後のときは、分娩予定日及び分娩の日	
⑦ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児				
⑦ 分娩のため 休んだ期間	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで ○○ 日間				
⑦ 上の⑦に書いた期間分の報酬(賃金)を 受けましたか、または受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けない		<input type="checkbox"/> 受けられる <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない		
⑧ 報酬支払を受けたとき又は受けられる ときは、その報酬の額とその報酬 支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 報酬を受けた、受けられる場合は記入してください円 平成 年 月 日まで				

⑨ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。
平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所	
事業所名	事業所にて手続きするところ
被保険者名	健保 良子 印
代理受領者	印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印